

Patienten-Erklärung

inkl. der erforderlichen Honorarvereinbarung

Ich wünsche, die von mir persönlich ausgewählten Leistungen gemäß GOÄ in Anspruch zu nehmen. Es ist mir bekannt, dass die Krankenkasse, bei der ich versichert bin, eine im Sinne des Gesetzes ausreichende Behandlung gewährt und vertraglich sichergestellt hat. Ich weiß, dass die Behandlungen nicht erstattungsfähig sind und dass der genannte Betrag von mir selbst zu tragen ist.

Atteste und Bescheinigungen

- Kurze Atteste / Bescheinigungen
- Ausführlicher Bericht

Beratung

- Raucherentwöhnung
- Reiseimpfberatung
- Patientenverfügung
- Krebsvorsorge

Behandlungen

- Spezielle Schmerztherapie durch Wärme
- Besenreiser- und Krampfadern-Verödung
- Warzenentfernung
- Infusionstherapie „Biodoping“
- Schmerzmittelinfusionen
- Aufbauspritzen
- Eigenblutbehandlung
- Akupunktur
- Ultraschallbehandlung

- Reizstrom
- Ohrspülung

Untersuchungen

- Basis Check-Up
- Großer Check-Up
- Sport Check-Up
- Bauchultraschall
- Lungenfunktionsprüfung
- Ruhe-EKG
- Belastungs-EKG
- Tauchschein-Untersuchung
- Führerschein-Untersuchung

Spezielle Laboruntersuchungen

- Arteriosklerose
- Osteoporose
- Immunstatus
- Allergie
- chronische Müdigkeit

- Haarausfall
- Darmkrebs-Früherkennung
- Blasenkrebs-Früherkennung
- Prostata-Abklärung
- Allgemeine Prävention
- Thrombose-Gefährdung
- Hormonstatus Frau
- Hormonstatus Mann
- Stuhluntersuchung
- Dysbiose-Untersuchung
- Zeckenbiss
- Borrelien-Messung
- Schwangerschaftstest
- Gesundheitsvorsorge-Check
- Herzgefäßrisiko
- Leberfunktion
- Diabetesrisiko
- Bauchorgane

Honorar

Ich vereinbare hierfür ein Honorar über voraussichtlich _____ Euro

Persönliche Angaben

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

Ort/Datum, Unterschrift (Patient)

Ort/Datum, Unterschrift (Ärztin/Arzt)



Dr. med. **Rikardo Mihalić**

Facharzt für Allgemeinmedizin | Phlebologie
(Venenerkrankungen)